

第2号様式

写 真 3cm×4cm  1枚  貼らずに お持ちください
---

## 療育手帳（交付・再交付）申請書

申請日	令和 年 月 日
申請者氏名	
続 柄	
連絡先	電話( ) -

三重県知事 あて

療育手帳の（交付・再交付）を受けたいので、次により申請します。

※氏名・生年月日・住所・電話・続柄は太線内の内容のとおり手帳に表示されますので、正確に記入してください。

本人	個人番号												
	フリガナ												
	氏 名								生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女	
	住 所	〒 電話( ) -											
保 護 者	フリガナ												
	氏 名								続 柄	配偶者・父・母・子・祖父・祖母 兄・弟・姉・妹・後見人 その他( )			
	住 所	<input type="checkbox"/> 本人と同じ 〒 電話( ) -											
1. 直近の判定についてご記入下さい。 判定機関 [ 三重県障害者相談支援センター 三重県( )児童相談所 その他都道府県( ) ] 判定年月日 [ 昭・平・令 年 月 日 ] 2. 施設等に入所していますか。(グループホームを含む) はい [ 連絡先 名称 (上記住所 住所 〒 と 電話番号 違う場合) ] ・ いいえ 3.(再交付申請の場合) 現在持っている療育手帳の記載事項に変更はありますか。 はい [ 氏名・保護者・住所・その他( ) ] ・ いいえ													

◎市町使用欄

再交付申請の場合	再交付理由	障がい程度の確認・破損・紛失・写真交換・適用対象(取替)									
現在持っている療育手帳の内容	三重県 第( )号	障がいの程度( A1・A2・B1・B2 )									
	( 年 月 日交付)	( 年 月 日再交付)									

所管市町	
------	--

◎個人番号チェック欄

<input type="checkbox"/> 番号確認 (番号が正しいか)	<input type="checkbox"/> 本人確認 (番号の正しい持ち主か)
--	---

◎県使用欄 (以下は記入しないでください。)

判 定 の 記 録			
障がい程度		判定年月日	
		次の判定年月	
		判定機関	

◎県受付欄

--

◎市町受付欄

--

※ 申請者氏名は手帳交付を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。

R5年度版